

Dokumentation von ärztlichen Befunden und durchgeführten Maßnahmen

Ärztinnen und Ärzte¹ sind verpflichtet, die im Rahmen ihrer Berufsausübung gemachten Feststellungen zu dokumentieren (vgl. § 10 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen (BO) und § 630 f BGB). Daraus resultiert das Recht von Patientinnen und Patienten² auf eine ordnungsgemäße Dokumentation über die erhobenen Befunde und durchgeführten ärztlichen Maßnahmen.

I. Zweck der Dokumentation

Die Dokumentation dient dem Arzt als Gedächtnisstütze, soll aber vor allem im Rahmen der Therapiesicherung eine sachgerechte Weiterbehandlung ermöglichen, sowie wiederholte Untersuchungen einschließlich der Belastungen und Kosten vermeiden. Mit der Dokumentation soll jeder mit- und nachbehandelnde Arzt in die Lage versetzt werden, sich mittels der Aufzeichnungen über die durchgeführten Maßnahmen und angewandten Therapien zu informieren. Außerdem soll der Patient jederzeit die Möglichkeit haben, das Ergebnis seiner Behandlung anhand der Dokumentation von einem anderen Arzt überprüfen zu lassen.

Eine ordnungsgemäße Dokumentation kann zudem in einem möglichen Arzthaftungsprozess dem Arzt als Beweis dafür dienen, dass kein Behandlungsfehler vorliegt, während bei einer lückenhaften Dokumentation regelmäßig eine Beweislastumkehr stattfinden wird, der Arzt somit beweisen muss, dass die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt ist.

II. Inhalt und Umfang der Dokumentation

Die Dokumentation muss sich auf sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse beziehen. § 630 f BGB nennt dabei explizit:

- Anamnese
- Diagnosen
- Untersuchungen
- Untersuchungsergebnisse
- Befunde (auch negative Befunde)
- Therapien und ihre Wirkungen
- Einwilligungen
- Aufklärungen

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form „Arzt“ verwendet.

² Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form „Patient“ verwendet.

Auch Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen (vgl. § 630 f Abs. 2 S. 2 BGB).

Zu den im Gesetzestext genannten Aspekten zählen damit u.a.:

- Behandlungszeiten
- OP-Bericht
- Krankenblatt
- Patientenkarte
- Narkoseprotokoll
- Medikation
- Röntgenbilder
- EKG-Streifen
- Vorstellungstermine
- Name des operierenden Arztes
- Wechsel des Operateurs
- Kontrolle des Berufsanfängers
- Behandlungsverweigerung
- Verlassen des Krankenhauses entgegen Empfehlung

Eine Dokumentation ist grundsätzlich nicht erforderlich bei Routinekontrollen und Routinehandreihungen. Bei „Anfängerärzten“ gelten erhöhte Anforderungen an Inhalt und Genauigkeit der Dokumentation bei selbstständiger Behandlung. Sie müssen den Gang einer selbstständig durchgeführten Operation auch bei Routineeingriffen in den wesentlichen Punkten dokumentieren.

Unzureichend ist eine Dokumentation, wenn sie für einen anderen Arzt bzw. Gutachter aus sich heraus nicht verständlich ist.

III. Form der Dokumentation

Die Form der Dokumentation ist nur im Ausnahmefall (z.B. § 13 Abs. 1 BtMVV) spezifisch geregelt. Die Anforderungen sollen sich im Einzelfall an dem Schutzzweck der Dokumentation, nämlich der Sicherung einer ordnungsgemäßen Behandlung und Aufklärung des Patienten, orientieren. Daher sollen alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Gegebenheiten in einer für einen Fachmann, nicht einen medizinischen Laien, verständlichen Form festgehalten werden, wobei auch Stichworte ausreichend sein können. Dabei ist die Dokumentation selbstverständlich auch in digitaler Form möglich (vgl. § 10 der BO und § 630 f Abs. 1 S. 3 BGB).

Auch die Umwandlung von Papierform in die digitale Form ist möglich („ersetzendes Scannen“). Voraussetzung ist aber, dass nachträgliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleiben (§ 630 f Abs. 2 S. 2 und 3). Werden bei der Übertragung der Unterlagen die Vorgaben der TR-RESISCAN (BSI Technische Richtlinien 03138) und der TR-Beweiswerterhaltung (BSI Technische Richtlinie – 03125) beachtet, sind die erzeugten elektronischen Dokumente dazu geeignet, die Originaldokumente zu ersetzen.

Aus zivilprozessualer Perspektive ist jedoch zu beachten, dass eingescannten Unterlagen nicht mehr der Beweiswert des Originals zukommt, da diese nicht mehr dem Beweismittel einer „Urkunde“ gleichgestellt sind.

Relevant ist dies insbesondere im Bereich der Aufklärung und Einwilligung. Hier ist zu empfehlen, die Originale dieser Aktenbestandteile bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist aufzubewahren.

IV. Schutz vor Einsichtnahme Dritter

Sowohl bei konventionellen Patientenakten als auch bei Datenträgern muss der Arzt gewährleisten, dass im Eingangsbereich der Praxis und in den Behandlungsräumen unbefugte Dritte keine Einsichtsmöglichkeit in die Patientendaten erhalten.

Hinsichtlich der Dokumentation in digitaler Form muss der Arzt außerdem beachten, dass Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

V. Zeitpunkt der Dokumentation

Die Dokumentation hat in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang begleitend mit der Behandlung zu erfolgen (vgl. § 630 f Abs. 1 S. 1 BGB). Sie ist nicht beliebig nachholbar und kann von Patienten nicht unter Fristsetzung eingeklagt werden. Allerdings kann bei einer um Wochen oder Monate verspäteten Dokumentation eine Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten erfolgen.

Berichtigungen oder Änderungen in der Patientenakte sind zulässig, allerdings nur, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen wurden (vgl. § 630 f Abs. 1 S. 2 BGB).

Falls eine unmittelbare Dokumentation im Rahmen einer gefährlichen oder komplizierten Operation oder Behandlung nicht möglich ist, muss sie unmittelbar nach Beendigung der Maßnahme nachgeholt werden.

Ausnahmsweise kann der Arzt bei einfachen und unkomplizierten Eingriffen eine Dokumentation aus dem Gedächtnis erstellen.

VI. Aufbewahrungsfristen

Ärztliche Unterlagen, insbesondere Patientenaktekarten, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe und Auswertungen, müssen grundsätzlich 10 Jahre aufbewahrt werden. Kürzere und längere Fristen für bestimmte Unterlagen können nach anderen Vorschriften bestehen. (vgl. § 10 Abs. 3 BO und § 630 f Abs. 3 BGB). Die Frist beginnt nach Abschluss der Behandlung zu laufen.

Weiteres siehe: Merkblatt „Aufbewahrung von Patientenunterlagen“

VII. Rechtsfolgen bei Verstoß gegen die Dokumentationspflicht

Verstößt der Arzt gegen seine Pflicht zur Dokumentation, stellt dies zunächst einen Verstoß gegen § 10 BO dar, sodass dem Arzt berufsrechtliche Sanktionen drohen.

Im zivilrechtlichen Bereich kann sich aus einer unterlassenen, nicht auffindbaren, unvollständigen, unrichtigen oder nicht zeitnahen Dokumentation ein Schadensersatzanspruch des Patienten wegen der Kosten einer daraus resultierenden Behandlung ergeben.

Des Weiteren kann eine Beweiserleichterung zugunsten des Patienten im Haftpflichtprozess eintreten, die bis zur Beweislastumkehr reichen kann, wenn sich aufgrund mangelnder Dokumentation der Sachverhalt nicht mehr hinreichend nachvollziehen lässt (vgl. § 630 h Abs. 3 BGB). Der Arzt trägt dann die Beweislast dafür, dass die Behandlung den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach. Dies gilt nur ausnahmsweise dann nicht, wenn sich der Sachverhalt auch anderweitig hinreichend gesichert rekonstruieren lässt.